

Care Map Infected CAPD

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

Dx.....

DATE / HOUR	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION
	<p>Admit ตึก <input type="checkbox"/> อช <input type="checkbox"/> อญ</p> <p><input type="checkbox"/> PDF Cell count / Cell diff (10 cc ใส่ขวด Sterile)</p> <p><input type="checkbox"/> PDF Gram strain (10cc ใส่ขวดSterile)</p> <p><input type="checkbox"/> PDF C/S X 2 (10 cc ใส่ขวด H/C)</p> <p><input type="checkbox"/> H/C X 2 specimen</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งตรวจ Pus C/S จาก Exit site</p> <p><input type="checkbox"/> Irrigate โดย ปล่อยน้ำยา 1.5 %PDF + Heparin 1,000 ยูนิต เข้า – ออก ทีละ 2,000 cc จำนวน 3 cycle (ทำทันทีเมื่อ Admit)</p> <p><input type="checkbox"/> CBC</p> <p><input type="checkbox"/> BUN / Cr ,Electrolyte,Ca,Mg, Albumin</p> <p><input type="checkbox"/> PO4</p> <p><input type="checkbox"/> UA</p> <p><input type="checkbox"/> CXR</p> <p><input type="checkbox"/> KUB</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>(Attending physician)</p> <p>สิ่งที่ต้องปฏิบัติของพยาบาล</p> <p>1. Notifyอายุรแพทย์พ.ธิติมา สายสุด ทุกครั้งที่ Admit</p> <p>2. Notify PD Nurse (เฉพาะในเวลาราชการ นอกเวลาราชการหากมีปัญหาให้ปรึกษาเวร On call)</p> <p>3. ส่ง HHC ก่อน D/C</p>	<p><input type="checkbox"/> Regular low salt diet (< 2 gm/day)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetic diet <input type="checkbox"/> งดผลไม้.....</p> <p><input type="checkbox"/> High protein diet (1 gm/kg/day)</p> <p><input type="checkbox"/> เพิ่มไข่ขาว 2 ฟอง/มื้อ 6ฟอง/วัน</p> <p><input type="checkbox"/> Record v/s as usual</p> <p><input type="checkbox"/> Record I / O เป็น CC / day</p> <p><input type="checkbox"/> Observe Abdominal pain</p> <p><input type="checkbox"/> Dressing Exit site ด้วย 0.9 % NSS OD</p> <p><input type="checkbox"/> Dressing Exit site ด้วย 10 % povidine solution เช็ดตามด้วย 0.9 %NSS ป้ายด้วย Mupirocin BID (ห้ามโดนสาย) กรณีแผลบวมแดง มีหนอง</p> <p><input type="checkbox"/> 1.5 % PDF 2,000 CC + Heparin 1,000 ยูนิตx 4 Cycle / Day (Cycle.....hr) ***Add heparin 1,000 ยูนิต ใน PDF 2,000 cc ทุก cycle</p> <p><input type="checkbox"/> DTX premeal&hs keep 80 – 200 mg % , if</p> <p>200 – 250 RI 4 U SC</p> <p>251 – 300 RI 6 U SC</p> <p>301 – 350 RI 8 U SC</p> <p>> 351 Notify แพทย์</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Medication</p> <p><input type="checkbox"/> Fortum 1 gm IV * OD</p> <p><input type="checkbox"/> Cefazolin 1 gm IV * OD</p> <p><input type="checkbox"/> Fortum 1 gm IP (ในน้ำยาPDF Cycle สุดท้ายค้างไว้อย่างน้อย 6 ชม.)</p> <p><input type="checkbox"/> Cefazolin 1 gm IP (ในน้ำยา PDF Cycle สุดท้ายค้างไว้อย่างน้อย 6 ชม.)</p> <p><input type="checkbox"/> Feso4 1x3 oral pc <input type="checkbox"/> Folic 1x1 oral pc</p> <p><input type="checkbox"/> CaCo3 <input type="checkbox"/> Hydralazine (25).....</p> <p><input type="checkbox"/> Sodamint <input type="checkbox"/> Doxasin (4).....</p> <p><input type="checkbox"/> Lasix <input type="checkbox"/> Metoprolol.....</p> <p><input type="checkbox"/> Amlodipine..... <input type="checkbox"/> ASA.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin D..... <input type="checkbox"/> Zocor (20).....</p> <p><input type="checkbox"/> EPO ยี่ห้อ4,000 U ทุก วัน อังคาร,ศุกร์</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>(Attending physician)</p>
Name of Patient.....อายุ.....ปี	แพทย์เจ้าของไข้.....	
HN.....AN.....	ตึก.....เตียง.....	